

ANNEE 1963

THÈSE

832
n

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Monique BARROUX

Née le 3 février 1933 à Paris 14°

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DES DEPRESSIONS SECONDAIRES

AUX TRAITEMENTS PAR BUTYROPHENONES

Président : Mr. DELAY, Professeur

ANNEE 1963

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Monique BARROUX

Née le 3 février 1933 à Paris 14°

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DES DEPRESSIONS SECONDAIRES

AUX TRAITEMENTS PAR BUTYROPHENONES

Président : Mr. DELAY, Professeur

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2^e CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique endocrinologique (Pitié)	MATHEY (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	DECOURT (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	LAMY (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MARCHAL (G.)
Cliniques médicales	CASTAIGNE (P.)
	Boucicaut MILLIEZ (P.)
	Broussais LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	Lariboisière SÈZE (S. de)
	Pitié DREYFUS (G.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	KOURILSKY (R.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEBRAY (C.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	GENNES (L. de)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	DEROT (M.)
Cliniques obstétricales	DAVID (M.)
	Baudelocque GARCIN (R.)
	Foch (Suresnes) LACOMME (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	MERGER (R.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	LELONG (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MARIE (J.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	BERNARD (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Pitié)	GOSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECKAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	ROUX (M.)
Clinique toxicologique	LEMAIRE (A.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	GAULTIER (M.)
Séméiologie médicale	PADOVANI (P.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	DOMART (A.)
Clinique urologique (Necker)	POILLEUX (F.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BABLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J. Pr. s. ch.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)	Pathologie médicale	FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MAGREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)		
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)		
Neurologie	LAPRESLE (J.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.)		
Obstétrique	MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.) BRÉGEAT (P.)		
Ophtalmologie	DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phthisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateurs	Milles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibliothécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur J. OLLIVY, de l'Académie Française

Professeur de Clinique des Maladies mentales et de
l'Alcoolisme

Aux Miens,

Qui, vous avez vu, vous avez aimé, dans une
sérénité, comme un homme, dans un fait de grand
sens, de présence, de force.

Qu'il soit, dans votre vie, un homme
de votre génération, de votre époque.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153510_0026

A Monsieur le Professeur J. DELAY, de l'Académie Française

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de
l'Encéphale

Qui, après nous avoir accueillie dans son
service comme interne, nous a fait le grand
honneur de présider cette thèse .

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage
de notre respectueuse admiration.

A Monsieur le Professeur P. PICHOT

Nous le prions d'accepter notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur SIGWALD

A Nos Patrons d'Internat

Monsieur le Professeur M. BARUK

Monsieur le Docteur M. GALLOT

Monsieur le Docteur S. FOLLIN

Mademoiselle le Docteur M. CHAIGNEAU

Monsieur le Docteur P. CHANOIT

Monsieur le Docteur P. MALE

A Monsieur le Docteur Henri .EY

A Mademoiselle le Docteur Th. LAMPERIERE

Il y a maintenant plus de dix ans que Jean Delay et ses collaborateurs ont introduit les premières cures neuroleptiques.

Depuis cette époque, l'utilisation de ces drogues actives et puissantes a ouvert le champ passionnant d'étude des effets thérapeutiques.

Ces effets, par leur importance même, ont créé une sorte de néopsychiatrie, où le médecin se trouve confronté à des ensembles syndromiques jamais rencontrés et à une dynamique psychopathologique nouvelle.

Dans ce travail, nous nous sommes intéressés à une parcelle de ce champ d'investigations.

Nous avons choisi un phénomène fréquent mais non nécessaire, se produisant au cours de cures par une série de neuroleptiques particulièrement puissants : les butyrophénones dont le chef de file est l'Halopéridol (1) : un état dépressif.

Nous tenterons d'observer ce qui se passe au niveau de la rencontre :

- du malade avec son histoire
- de la drogue
- du thérapeute, observateur certes, mais aussi partie impliquée dans la situation, en tant que médecin donnant la drogue, et en tant que psychothérapeute.

Notre observation sera encore bien fragmentaire, négligeant tout ce qui, hormi le médecin, constitue le champ relationnel du malade.

Avant d'entreprendre la relation de trois observations que nous avons choisies parce qu'elles nous paraissaient exemplaires, il convient de nous expliquer, tout d'abord, sur les trois termes réunis plus haut.

(1) R 16 25 Amine tertiaire

4' fluoro 4 (1 - 4 hydroxy - 4 - (4' chloro) phényl pipéridino butyrophénone

- Les malades que nous avons choisis ici de présenter sont tous trois des déliants chroniques non autistiques.

Les deux premiers délirent depuis plusieurs années, leur histoire est émaillée d'épisodes plus ou moins bruyants de guérisons sous traitement et de rechutes.

L'histoire pathologique de notre troisième malade remonte moins loin mais c'est aussi celle d'un délire chronique.

- La drogue

Afin de situer l'utilisation de l'Halopéridol dans l'histoire de la chimiothérapie psychiatrique, retraçons d'abord les grandes lignes de cette évolution thérapeutique.

C'est en 1952 que la cure neuroleptique fut introduite, par Delay et Deniker, réalisant pour la première fois un traitement prolongé par la chlorpromazine, chef de file des phénothiazines.

En 1954, la réserpine dérivé du Rauwolfia, est à son tour utilisée dans les psychoses chroniques.

Les indications, le mode d'action, les effets neurologiques et neuro-végétatifs de ces médicaments sont peu à peu précisés dans une série de travaux.

Nous ne citerons ici que ceux d'entre eux qui concluent, parmi les caractères fondamentaux communs aux neuroleptiques, à un désintérêt général chez le malade, avec limitation des diverses activités intellectuelles (Freyhane, Hioh, Sutter), indifférence émotionnelle et affective (Delay - Deniker).

Si nous avons réuni ici ces constatations, avec lesquelles la plupart des auteurs sont d'accord, c'est parce qu'il nous paraît que l'action des butyrophénones se différencie sur ces points de l'action neuroleptique habituelle : ceci est le but du présent travail.

Isolée par Jansen, l'Halopéridol, le premier des butyrophénones, fut essayé en clinique en 1958 par P. Divry, J. Bobon, J. Collard et par

J. Delay, P. Pichot et T. Lempérière. Un symposium international en 1960 permet de synthétiser les données des diverses expériences de ce corps.

Notons cependant la très faible attention portée aux effets dépressifs.

Ce problème est pourtant évoqué dans le livre de Delay et Deniker que nous citons ici.

... Psychoses Thymiques - Ainsi que les premiers expérimentateurs y avaient bien insisté, l'Halopéridol agit si rapidement et si puissamment vis-à-vis des syndromes maniaques qu'on peut le considérer comme la médication la plus efficace actuellement ; la marge qui existe entre l'effet thérapeutique et les effets neurologiques excito-moteurs permet souvent de continuer le traitement plus longtemps qu'avec la thiopropérazine. L'action du médicament vis-à-vis des syndromes mélancoliques est beaucoup moins régulière, ce qui est général avec les neuroleptiques : si de bons résultats ont pu être acquis, notamment dans des formes anxieuses, on doit tenir compte du fait que le médicament est capable d'engendrer par lui-même des états d'asthénie et de dépression plus ou moins marqués qui peuvent nécessiter l'usage correcteur d'une médication antidépressive.

Certains auteurs (Collard) parlent de syndromes asthéo-abouliques parmi lesquels il nous semble nécessaire de faire le départ entre des syndromes d'indifférence et de véritables syndromes dépressifs.

Résumons maintenant l'action thérapeutique de l'Halopéridol ; action rapide et puissante sur tous les états d'excitation, action élective sur l'état maniaque, effet favorable dans les états confusionnels, action anti-hallucinatoire et réductrice dans les délires, qu'il s'agisse d'états aigus ou chroniques, influence favorable chez les schizophrènes surtout paranoïdes, par action sur les manifestations agressives, excito-motrices, et l'activité délirante sous tendue par les phénomènes psycho-sensoriels.

Action sur les troubles caractériels des épileptiques.

Les auteurs considèrent généralement la mélancolie comme une contrindication au traitement.

- le Tripéridol utilisé depuis mars 1960 a une action comparable à celle de l'Halopéridol mais deux fois plus puissante.

- Le Dipipéron agit d'une façon un peu différente avec un effet prédominant hypnogène.

Nous n'insisterons pas plus sur le mode d'action de ces deux corps ; le Tripéridol ayant une action tout à fait comparable à celle de l'Halopéridol, nous avons jugé pouvoir joindre ici l'observation d'une dépression grave chez une délirante traitée par ce corps.

Nous nous sommes d'autre part crus autorisés à étudier, chez une même malade une rechute dépressive sous Dipipéron, survenant après deux accès secondaires à un traitement par Halopéridol.

- Le Médecin

Au cours du traitement, nous l'avons vu, il est juge et partie.

Dans le cas le plus simple, il est celui qui, dans le cadre hospitalier, le plus souvent, décide le traitement du délirant chronique, selon des modalités variables :

- le malade conscient de ses troubles et acceptant ou demandant un traitement pour ne plus délirer, est un cas limite.
- le don, par force ou par ruse, d'un médicament non accepté est, à l'inverse, une situation peu souhaitable, qui ne trouve sa justification que dans les cas où la confusion, la déréalisation du monde sont telles qu'elles interdisent, momentanément, toute prise de conscience.
- le plus souvent, c'est suivant un contrat plus ou moins inscrit dans la réalité, plus ou moins distordu par le délire, que le médecin administre la drogue au malade.

Dès lors l'action du médicament sera pour le malade inséparable de la présence du thérapeute.

Nous reviendrons plus tard sur l'importance du rôle psychothérapique dans de tels traitements.

PREMIERE OBSERVATION

Notre premier malade, Michel, est un paraphrène âgé de trente ans qui vient, tout seul, se faire hospitaliser pour la troisième fois le 2 mai 1960, en service libre. Il nous dit à l'entrée : "Je ne sais pas qui m'envoie, je le saurai bientôt. Je suis venu poussé par quelque chose, par l'amitié de quelqu'un qui est ici. Dieu m'a donné une mission : sortir d'ici Mr X... (un malade qu'il connaissait depuis une précédente hospitalisation). J'ai des ondes un fluide ... des visions. Toute la métaphysique du bien et du mal, je la connais".

Michel est né en 1930, dans la Seine Inférieure. Son père, d'abord boulanger, puis bûcheron, était un personnage assez dur et assez lointain. Sa mère restait au foyer et Michel lui vouait une adoration passionnée, à laquelle elle ne répondait jamais assez à son gré. Une soeur, de deux ans plus âgée, que lui, lui disputait l'affection maternelle. Quand il a six ans, puis huit ans, naissent deux frères.

A quatorze ans, il échoue au Certificat d'Etudes Primaires et en ressent une vive déception.

Il est ensuite placé chez un quincaillier, près du foyer familial, se trouve témoin d'une liaison entre sa mère et son patron, expose tout à son père. Celui-ci le chasse. Il est alors recueilli sans douceur par un oncle.

Alors se place le premier épisode pathologique que Michel raconte ainsi :

" C'est là que j'ai eu cette fameuse opération. Cela a été le moment le plus crucial, cette fameuse péritonite. J'avais 16 ans, alors. Brusquement j'ai eu des douleurs terribles dans le ventre. J'étais chez ma tante (ce n'est pas la femme de l'oncle avec qui il s'entendait mal) qui était, elle, très gentille avec moi. C'est là que, le 24 août 1946, j'ai été pris de cette crise dans le ventre. J'ai eu les intestins perforés, j'étais à la mort.

Pendant que mon oncle était à l'hôpital général, j'ai souffert terriblement pendant trois heures. C'est là que je suis devenu spirituel. Puis, d'un seul coup, je n'ai plus rien senti, comme un miracle, la douleur s'est arrêtée. Je n'ai rien compris. Et puis une ambulance s'est arrêtée devant chez nous, par hasard. Ma tante l'a vue par la fenêtre, elle a appelé, il y avait un docteur dans l'ambulance. Il m'a emmené à l'hôpital tout de suite. J'ai été opéré, tout, j'étais transformé. A l'hôpital on m'appelait "le miraculé". C'est là, que tout s'est enroulé : il ne fallait pas que je meure ! Mon oncle n'avait pas pu trouver d'ambulance à l'hôpital, et celle-là qui, absolument par hasard, s'arrête devant la maison. Et puis, c'était un dimanche, le chirurgien aurait pu ne pas être là ! Il m'attendait. C'était vraiment miraculeux. Je suis resté trois mois dans cet hôpital : à la sortie, je n'étais plus le même homme.

" Car j'ai vu cette onde de lumière au moment où je me suis endormi à l'éther. Les médecins n'ont rien vu : c'était dans ma tête.

" Et puis cette voix ! La Bible dit bien : "cette voix mugissante". Cette voix disait peu de choses : "je l'ai ! je l'ai ! je l'ai ! je l'ai !" qui allait en décroissant. Cette voix, c'était celle de Dieu.

" J'ai été dématérialisé. Pendant trois jours ça été des visions extraordinaires ... J'ai été transformé ... Après toute ma vie a été comme ça."

Ensuite, jusqu'au Service Militaire, il mène une vie plus ou moins adaptée.

Dès son incorporation dans la Marine, on découvre une pleurésie tuberculeuse, pour laquelle il part deux ans en sana. Ensuite, il passe quelques mois dans un Centre de rééducation, et c'est alors que se situe le second épisode psychotique, sous forme d'un délire aigu. On évoque une schizophrénie et il sort au bout de quelques mois, après une cure de Sakel.

Il retourne alors dans sa famille et y retrouve sa mère, atteinte d'un cancer du sein, qu'il soigne, veille, entoure jusqu'à ce qu'elle meure dans ses bras. Nous sommes en mars 1958.

En Septembre de la même année, il est hospitalisé pour une "bouffée délirante" dont il convient de faire remonter le début au moins à quelques

mois, comportant des hallucinations visuelles et cénesthésiques, dans une atmosphère oniroïde. Il se vit comme "le champ d'une lutte entre le Bien et le Mal", éprouve les impressions angoissantes et merveilleuses d'une transformation de lui-même. "Je ne suis plus un homme. Je suis un ange qui est en train de se transmuter. Je suis à l'état lumière".

Bien que ce ne soit point ici directement notre propos, il nous paraît intéressant de noter comment fut vécue, sous largactil, la disparition du délire.

Nous citons :

" Il n'y a plus rien, plus de voix. Mais je suis comme une loque, je
" n'ai plus de goût à rien ... J'ai dormi. J'ai l'impression que je suis
" vidé de partout ! Comment voulez-vous travailler ? Et puis, j'ai des démar-
" ches à faire, pour me faire faire des papiers de Sécurité Sociale
" Autrement je n'entends plus rien. Qu'en pensez-vous ? C'est plutôt un
" emmerdement pour moi. Maintenant qu'il n'y a plus de travail dans les
" usines, il va falloir rechercher une place."

Une chose est certaine à cette époque, c'est que, malgré une relation proche et des entretiens quotidiens avec son médecin, Michel n'aborde pas son délire, refuse de parler de ce sujet, comme s'il s'agissait d'une chose finie,
" ne le concernant plus.

Il s'est passé soixante dix jours depuis le début du traitement par le largactil.

Devant une telle apparente guérison, une reprise aussi adaptée du contact avec la réalité, on peut se demander ce qu'est devenu ce délire ... Il suffit alors de quelques jours sous 82-28 pour retrouver, lors d'un entretien prolongé, plus discrètes, plus distantes, mais toujours vivaces, les convictions délirantes : " Bien sûr, Docteur, je n'ai plus de voix, mais quand on est "spirituel", on le reste toute sa vie. La Bible, je l'ai en moi, tout est symbolique dedans. Il est impossible de comprendre la Bible telle qu'elle est ; les auteurs bafouillent dedans, mais moi c'est surnaturel, je comprends tout".

Tant bien que mal cependant, avec un simple traitement de Procalmadiol, Michel sort le 19 mars 1959, pour se retrouver dans un milieu très protégé

(l'Elan) où il reste jusqu'au 2 mai, date de l'hospitalisation qui fait ici l'objet de notre travail.

A l'entrée, après le premier entretien, le Médecin note : "Bouffée délirante oniroïde avec syndrome d'influence, sentiment d'élévation, de révélation d'accord avec Dieu. Déjà hospitalisé deux fois dans le Service".

Michel est assez tendu, cherchant perpétuellement quelqu'un à qui exposer ce qui le préoccupe, c'est-à-dire d'une part ses difficultés dans le monde de la réalité, d'autre part, son délire et les problèmes que lui posent la coexistence avec les autres de ses relations réelles et délirantes. Tout concorde à démontrer que Dieu l'a chosi, l'a élu. Chaque objet, chaque fait de la vie courante est un signe, prouvant cette évidence. Il se sent guidé, contrôlé, il est inondé d'ondes ; il voit des choses qui sont d'ordre divin. Il doit intercéder auprès de Dieu pour les malades du Service ; il a une mission à remplir....

Quelques instants plus tard, il négocie, sur un mode très pragmatique, telle ou telle condition matérielle de son hospitalisation, parle de la tristesse de son enfance, de la dureté de son père à son égard, de la sécheresse de sa mère. Il relate ses difficultés d'insertion sociale et, finalement, devant ce tableau assez navrant, nous livre directement le bénéfice qu'il tire de son délire :

" Je me sens protégé par les ondes. Avec le largactil, vous me détruisez
" matériellement, mais mon esprit, vous ne le détruisez pas. J'avais peur
" de vous ; maintenant je n'ai plus peur. Je sens que je suis plus fort que
" vous. Si vous m'aidez, vous serez béni par Jéhovah ; si vous me détruisez,
" je vous détruirai. J'ai juré sur Jésus que j'avais son sceau, donc si je
" prends des médicaments, je renie Dieu et je risque de perdre les ondes
" conquises".

Du 2 mai, date de son hospitalisation, jusqu'au 10 septembre, Michel refuse toujours tout traitement, et mène dans le Service une existence totalement inactive, se retranchant tantôt derrière la fatigue, tantôt derrière une décision de Jéhovah, dès qu'on parle de toute modification du statu quo.

Au demeurant il communique avec les autres malades, les infirmiers, les médecins, est un aimable causeur et un excellent partenaire de belote.

Pourtant, l'hôpital psychiatrique, où il est venu chercher refuge, lui pèse de plus en plus, la promiscuité avec les autres malades le fait souffrir, le refus des médecins d'entrer dans son délire et des "fous" de guérir à son seul contact, l'angoisse.

Il part en permission quinze jours, puis rentre, exprimant avec une vive anxiété son ambivalence devant un traitement qui, peut-être, le débarrasserait de cette force atroce, venue de Dieu, qui est tout ce qu'il possède mais qui l'épuise.

C'est alors, le 9 octobre 1960, que forçant son accord, on entreprend un traitement à l'halopéridol injectable, à raison de 5 mg par jour. Le second jour, après avoir reçu en tout 10 mg d'halopéridol, Michel exprime des thèmes dépressifs :

" Je me sens triste : je ne sais pas pourquoi ; il n'y a pas de raison.
" Cette tristesse s'est emparée de moi ; j'ai même l'idée que je vais mourir,
" c'est idiot, ce n'est pas du tout de moi d'avoir des idées comme cela ;
" je me sens à plat, qu'est-ce qui m'arrive ?."

Michel est insomniaque et anorexique. Notons qu'il présente par ailleurs un syndrome extra-pyramidal léger et une sudation importante.

Le champ de conscience de Michel est envahi par cette tristesse, qu'il vit comme intense, venant du dehors sans raison, étrangère à sa logique interne. Plus que génératrice d'angoisse, cette tonalité sombre de l'humeur provoque chez lui de l'étonnement. Il insiste sur les idées de mort qui, sans avoir de caractère franchement obsédant, le préoccupent continuellement. "Je vais peut-être me suicider ! Pourquoi ? C'est idiot ! Qu'est-ce qui m'arrive ?".

Le délire, d'envahissant qu'il était, n'est plus présent, sans que l'on sache si cette disparition de la scène est une suppression, ou une simple prise de distance.

Au bout de trois jours, les thèmes dépressifs s'estompent, Michel recevant toujours le même traitement. Dans le même temps, il aborde à nouveau,

dans ses entretiens avec le Médecin, le problème de ses hallucinations :
" Ma voix est beaucoup moins prononcée ; elle ne me parle pas comme avant et je ne capte plus le contact - plus du tout- je suis sûrement trop fatigué".

Michel est d'humeur calme, sans tonalité triste, il se dit un peu moins fatigué mais n'est en rien indifférent, ni à lui-même ni aux autres.

Aucun signe ne pourrait permettre de parler du syndrome de passivité, si fréquent sous neuroleptique.

Le traitement est alors légèrement modifié : il reçoit maintenant, par os, 150 gouttes d'halopéridol à partir du 19 octobre, jusqu'au 25 où la dose est baissée à 100 gouttes.

Trois ou quatre jours se passent, sans modification notable de l'état de Michel ; puis le 25, la tristesse revient. Le 27, il est à nouveau franchement déprimé, cette fois-ci sur un mode totalement différent : "Je ne me suis pas remis depuis le mariage de mon frère ; le voir normal ... avec une vie sans psychiatres ... et moi qui suis ici, maintenant"

Michel dort mal, mange peu, erre frileusement dans le pavillon, il n'est pas particulièrement anxieux, mais il cherche, toute la journée, quelqu'un à qui raconter sa triste histoire, son histoire dans la réalité.

On décide, le 27, d'adjoindre 50 mg de tofranil à l'halopéridol.

Peu à peu, aux raisons de l'ordre du réel, que Michel donnait de ses idées noires : abandon par sa famille, difficultés professionnelles, santé plusieurs fois ébranlée, Michel joint, pour la première fois dans son histoire, la tristesse d'être seul, d'avoir perdu "la main de Dieu sur sa tête".

Cette "guérison" de son délire, il l'accuse d'être cause de sa tristesse
"Enlevez-moi mes gouttes : j'étais mieux avant."

Dans le mois qui suit, le traitement étant toujours de 100 gouttes d'halopéridol et, depuis le 31 octobre, de 75 mg de tofranil au lieu de 50 mg., Michel fait peu à peu le chemin qui mène de "Je n'ai plus la main de Dieu au-dessus de ma tête" à "Je n'ai jamais eu la main de Dieu au-dessus de ma tête, je délirais".

Michel se promène tout le jour dans le pavillon, plus assombri que déprimé, faisant grand cas d'un rhume ou d'une digestion difficile, greffant sur le moindre malaise des plaintes hypocondriaques.

Trois semaines plus tard, il va bien, n'est plus déprimé, parle de son délire en l'objectivant comme une manifestation pathologique, critiquant les bénéfices secondaires que lui, l'enfant peu et mal aimé, pouvait en tirer.

Son état est tellement satisfaisant que la sortie est décidée, retardée seulement par l'attente d'une place libre en foyer protégé. Il ne reçoit plus qu'une dose d'entretien : 15 gouttes d'halopéridol par jour, sans tofranil.

Nous nous sentons obligés, bien que le récit de cette dépression à deux clochers sous halopéridol soit terminé, et que nous ayons là très suffisamment matière à réflexion, de continuer l'histoire de Michel : celui-ci va présenter une menace de rechute, heureusement sans lendemain.

L'évènement soudain auquel on peut sans nul doute rattacher cette amorce de rechute est la mort, le 24 février, du meilleur camarade de Michel, de ce malade que, du temps de son délire, il voulait guérir, et à qui, une fois ses idées de mission disparues, il vouait encore une réelle affection. Il s'agissait d'un malade beaucoup plus âgé que lui, lui-même déprimé depuis que sa femme l'avait abandonné, et qui manifestait à Michel une tendresse très paternelle.

Ce malade s'étant suicidé en permission, hors du service, sa mort est restée deux jours ignorée, mais Michel, devant le retard mis par son ami à réintégrer le service, s'inquiète et nous interroge, reconstitue pratiquement seul, en notre présence, l'histoire du suicide, devient subitement très anxieux, très excité, déambulant dans le bureau et, soudain, replonge dans le délire, proclamant en un raisonnement paralogique l'évidence de cette mort prévue, annoncée par un grand nombre de "signes".

Au bout d'une dizaine de minutes, Michel se calme, puis, effondré, le front dans ses mains, se lamente; quelques minutes se passent et il se redresse : "maintenant, il faut que je pense à moi ; tant qu'il vivait, je ne pouvais rien pour moi, je devais sortir d'ici, maintenant je suis libéré : sortez-moi d'ici".

Quelques minutes encore, et Michel, à nouveau morne, l'âme endeuillée, sort du bureau. Il sait maintenant à nouveau, comme il le savait depuis plusieurs semaines, que son ami était malade, comme lui, un malade qu'il pouvait aimer, aider humainement, non une victime que, par son don divin, il allait pouvoir délivrer du Mal.

Le 27 juillet 1961, Michel sort ; il ne délire pas et s'il reparle sans réticence de sa maladie, il le fait en critiquant parfaitement ses troubles d'alors.

Depuis, s'il n'a pas rechuté, son insertion sociale s'est révélée précaire, en raison de la persistance de préoccupations hypocondriaques peu compatibles avec un métier actif, en raison également du total désintéret que lui porte par ailleurs sa famille.

Ce que nous voudrions maintenant, au terme de cette observation, c'est réfléchir sur la dépression de Michel, étudier les divers facteurs que l'on peut mettre en cause dans sa genèse et voir comment, chez ce malade, on en arrive précisément à la physionomie particulière de cette dépression.

Notons, tout d'abord, la survenue très rapide du premier clocher dépressif, quarante huit heures après le début du traitement.

Les auteurs ont remarqué cet effet dépresseur de l'halopéridol (J. Delay), allant même jusqu'à préconiser, dans certains cas, l'association quasi systématique d'un anti-dépresseur.

Une première catégorie d'hypothèses, à ce sujet, se réfère à une action électivement diencephalique de la drogue.

On sait, en effet, que les rapports des désordres thymiques et du diencephale ont été étudiés par beaucoup d'auteurs, tant sur le plan de l'expérimentation animale, que sur celui de la clinique humaine. Beaucoup d'arguments sont, en effet, en faveur d'une atteinte organique ou fonctionnelle du diencephale ou de ses multiples connexions corticales et sous-corticales, dans la manie et la mélancolie. C'est à ce niveau que les techniques de choc semblent agir ; c'est également à ce niveau que l'action neuroleptique semble se situer. Nous ne citerons que pour mémoire les travaux qui reprennent, à

l'occasion du syndrome extra-pyramidal post-thérapeutique, la comparaison avec les troubles observés après l'encéphalite épidémique et qui, posant alors la similitude du lieu d'action virale et neuroleptique, nous renvoient encore à la région diencephalique.

On peut, en reprenant cette hypothèse, penser qu'un brutal afflux d'halopéridol dans la région diencephalique de Michel, provoque rapidement cette perturbation thymique, dans le sens d'une dépression.

On peut concevoir qu'après la brutale réaction diencephalique immédiate qui, transposée sur le plan de la communication avec les autres, se traduit par l'expression d'idées dépressives "venues du dehors", il se produise une tentative de rééquilibre, quel que soit le niveau, ou plus exactement les niveaux auxquels on la situe.

C'est alors que Michel aborde ce qui n'a qu'un instant, sous le déferlement dépressif initial, cesse d'être au centre même de ses préoccupations : son délire, et c'est pour constater, d'abord, la disparition de ses voix, puis, ce qui en paraît la très logique conséquence : la perte de "la main de Dieu sur sa tête", la perte de la seule relation heureuse qu'il ait jamais pu avoir : cette adoption par Dieu.

Nous reviendrons plus loin sur ce qui, dans la théorie psychanalytique, nous amènerait à parler dans ce cas de ce que A. GREEN () appelle la perte de l'objet délirant, menant alors Michel à une dépression, alors considérée comme la forme pathologique d'un deuil que notre malade, trop dépendant de son délire, ne peut assumer normalement.

Une question alors se pose : pourquoi, sous largactil, Michel ne s'est-il pas déprimé ?

Un élément nous paraît significatif : c'est le facteur temps.

En 70 jours, sous largactil, il y avait une mise à distance du délire ; en quarante-huit heures, sous halopéridol, il y a perte du délire.

Nous reprenons alors une hypothèse formulée par certains auteurs (GREEN) : la disparition brutale des hallucinations provoque "une brusque rupture de cet équilibre dynamique réalisé par la relation hallucinatoire,

entraînant chez le sujet un état de surprise et d'abattement méritant bien le terme de dépression".

Le largactil, agissant plus progressivement, laisse au sujet le temps de se restructurer au fur et à mesure que le délire "refroidi" est plus excentrique par rapport à la personnalité.

Notre malade paraît bien exemplaire, si nous comparons les résultats obtenus par les deux traitements, le premier au largactil, progressif dans son action, augmentant peu à peu la distance par rapport au délire, sans, il faut bien le noter, provoquer le moindre changement en profondeur dans la personnalité du malade ; l'halopéridol agissant tellement vite que nous voyons même - de peu, il est vrai - la dépression précéder la perte du délire.

Mettons maintenant l'accent sur cet aspect diphasique de la dépression, comme si, dans un premier temps, Michel était dépassé par cette dépression immédiate, informe, brute ; en trois jours, il semble rattraper le retard temporel qu'il avait vis-à-vis de ce qui est peut-être un message psychique ayant son corollaire direct en une modification biologique, ou bien pour lequel il faut introduire un intermédiaire, même s'il est resté inconscient, informulé d'abord chez Michel : la perte d'objet.

La précarité de l'équilibre obtenu apparaît clairement lors du saisissant raccourci de l'histoire des trois mois précédents : Michel, à l'occasion de la perte brutale, réelle d'un ami, franchit en quelques minutes les étapes du deuil, puis du délire, et à nouveau du deuil.

o

o o

DEUXIEME OBSERVATION

Notre seconde malade, Madeleine, employée de banque, 59 ans, est, elle aussi, une délirante chronique.

Nous l'avons également choisie pour étudier les phénomènes dépressifs post-thérapeutiques, parce qu'au cours d'une histoire pathologique qui remonte à 1946, elle a été plusieurs fois traitée par sismothérapie, neuroleptiques (largactil) et qu'enfin, lors des deux dernières poussées, elle a été traitée la première fois par halopéridol, la seconde fois par un autre dérivé des butyrophénones, le Dipipéron, et a présenté dans les deux cas un état dépressif important.

Nous allons retracer sa biographie et son histoire pathologique, puis étudier plus particulièrement ces deux "moments" dépressifs.

Madeleine est la seconde de trois filles. Son père, employé aux chemins de fer, meurt quand elle a deux ans, d'une tuberculose pulmonaire. Ce père aurait présenté des "crises de folie" sur lesquelles il nous a été tout à fait impossible d'en savoir plus. Sa mère se sépare alors de ses enfants pour pouvoir travailler, comme modiste à Paris, et confie Madeleine à deux tantes célibataires en province, chez qui elle restera jusqu'à l'âge de 14 ans. Elle y vit, heureuse, très entourée par les deux vieilles demoiselles, sans aucun personnage masculin autour d'elle. Elle est une élève moyenne, une petite fille plutôt timide, peu expansive, sensible, s'attristant facilement.

A quatorze ans, elle obtient son certificat d'études et vient rejoindre, à Paris, sa mère qui reprend à ce moment ses trois filles.

La mère qui travaille beaucoup, n'a guère le temps de s'occuper de ses enfants. Madeleine la décrit comme affectueuse, mais ne prenant pas au sérieux "ses joies et ses peines". Sa soeur aînée est celle dont elle se sent le plus proche ; avec sa cadette, elle s'entend mal et la vit comme rivale et agressive.

Toutes trois gagnent quelque argent en faisant des écritures pour un notaire.

A dix-sept ans, Madeleine entre dans une banque. Le travail, l'atmosphère du bureau lui plaisent ; elle y est heureuse.

Pendant les années qui suivent, sa vie est sans histoire. Elle repousse une demande en mariage d'un jeune homme qui ne lui plaisait pas et, à vingt-neuf ans, fait la connaissance d'un nouveau collègue de bureau qui a le même âge qu'elle. Ils se plaisent tout de suite, décident très vite de s'épouser. Au bout d'un an de fiançailles, longues en raison des réticences de sa future belle-mère (Madeleine n'a pas de dot), ils se marient.

La malade nous décrit toute cette période comme sans nuage : elle s'entend parfaitement avec son mari ; la grossesse et la naissance d'une fille, au bout d'un an, se passent dans les meilleures conditions.

Cinq ans plus tard, son mari tombe malade ; son état s'aggrave peu à peu et il meurt, en 1945, de tuberculose pulmonaire.

Elle nous décrit son deuil comme douloureux, bien sûr, mais normalement assumé ; elle continue de travailler, sa mère, qui a toujours vécu au foyer depuis son mariage, s'occupant de l'enfant.

En septembre 1945, soit neuf mois après la mort de son mari, la statue de Notre-Dame du Grand Retour vient à Paris. Madeleine, à cette occasion, a l'intuition que son mari est le Christ . qu'il va ressusciter pour fonder un monde nouveau.

Le 19 janvier 1946, date anniversaire de la mort du mari, elle va attendre sa résurrection au cimetière et tombe devant la porte.

C'est alors qu'elle est hospitalisée à Ste-Anne pour la première fois, dans un état d'excitation intense, avec agitation, exprimant pour la première fois ses thèmes délirants mystiques.

Nous savons peu de choses de cet épisode : elle est traitée par sismo-thérapie, réagit bien et vite au traitement, et reprend rapidement une vie normale.

A la fin de l'année 1957, elle est à nouveau internée pour un état d'excitation avec confusion légère, logorrhée, thèmes mystiques : communication de pensée avec son mari mort, transformation du monde extérieur "tout est truqué, on lui fait la comédie". Son attitude est très théâtrale et, surtout, elle est hyperthymique, avec une certaine variabilité de l'humeur, allant de l'euphorie à l'accablement. Sous sismothérapie (huit électro-chocs) l'excitation tombe rapidement, mais le délire subsiste quelque temps. Après le dernier choc, un état semi-confusionnel apparaît, qui se dissout en deux ou trois jours, laissant place à un état thymique satisfaisant, tant qualitatif que quantitatif, et à une disparition des phénomènes délirants dont elle ne se souvient d'ailleurs que très partiellement.

Sortie en novembre 1957, elle reprendra une vie et un comportement absolument normaux jusqu'à.. mars 1961 .

Cette année-là, à l'approche de Pâques, elle se sent à nouveau exaltée, pense que le "monde nouveau va arriver" et se laisse tomber exprès dans un escalier "pour racheter l'humanité".

A nouveau hospitalisée à Ste-Anne, elle est diffluente, exposant toujours à peu près les mêmes thèmes de communication des esprits entre eux ; elle a des intuitions innombrables ; son cerveau est habité par l'esprit du Bien et l'esprit du Mal.

Nous la retrouvons, lors de cette hospitalisation, très excitée, assez anxieuse, et présentant encore une certaine mobilité de l'humeur, à dominante euphorique.

Pendant onze jours, elle est traitée par le largactil à la dose de 200 mg par jour : l'excitation diminue, sans pourtant disparaître, le délire est toujours aussi présent.

C'est alors qu'on débute, le 4 avril, un traitement par l'halopéridol à raison de 100 gouttes par jour, jusqu'au 25 avril.

Le 27 avril, toute exaltation a disparu, Madeleine est réticente quand on aborde son délire. On diminue le traitement à 50 gouttes, jusqu'au 8 mai, puis à 30 gouttes du 8 au 23 mai.

Le 14, elle passe un jour de permission chez elle ; elle est parfaitement calme, toujours assez réticente ; ses gestes sont lents, elle se plaint d'être fatiguée.

La sortie est pourtant envisagée, et Madeleine sort en permission pour une semaine, le 21. Dès le premier jour, au dehors, elle est angoissée, anxieuse, à l'idée de rentrer dans le service. Elle a l'impression que si elle rentre, elle est perdue.

Sa fille la ramène à l'hôpital : ses attitudes sont figées, son regard fixe, douloureux.

Le lendemain, elle se sent possédée par le diable, exprime avec une très poignante anxiété qu'elle est damnée pour avoir si longtemps osé croire qu'elle était Marie-Madeleine et que son mari était le Christ.

Si, à ce moment-là, dans une perspective étiologique, on peut parler de l'effet dépresseur de l'halopéridol, dans une perspective clinique, se trouve réalisé un tableau complet de mélancolie délirante.

L'halopéridol est alors arrêté : elle est mise au tofranil (75 mg) et au nozinan (200 mg) sans que le tableau change notablement.

On la transfère au service fermé de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale. Écoutons ce qu'à l'entrée, elle-même nous dit de la période pendant laquelle, de délirante mystique, elle s'est muté en mélancolique :

" J'ai compris que l'idée que mon mari était le Christ était fausse ; ce ne pouvait alors être que Satan qui me l'avait inspirée. Il m'a fait faire des choses abominables ; depuis la mort de mon mari, je pensais que j'étais Marie-Madeleine et qu'il était le Christ. J'ai enfin compris que ce n'était pas vrai : j'ai donc horriblement blasphémé. Je suis possédée par le démon. C'est lui qui m'a amené à Ste-Anne : j'y suis pour la vie. Satan est en moi. Je pèse des kilos et des kilos. Je suis de pierre. Je ne puis plus rien faire : ni mon lit, ni tricoter, ni lire. Je ne peux plus rien avaler et je pense au

déjeuner avec terreur. Satan ne me quitte pas une seconde, ne me laisse pas de répit. Je le sens en moi comme une angoisse. Je perds la Vie Eternelle. Etre damnée, c'est entrevoir tout ce que l'on perd avant de retourner vers le Néant. Au jugement dernier, je serai jugé avec les maudits et retournerai dans le Néant. Pour le moment je souffre mon enfer sur la terre. Je regrette d'avoir blasphémé, mais seulement d'une façon égoïste : aussi n'y a-t-il pas de pardon possible pour moi. Je rêve sans arrêt d'un labyrinthe dont je ne peux sortir. Ma fille est perdue pour moi. Elle ne viendra plus me voir".

Madeleine pense souvent au suicide, tout en se disant incapable de passer à l'acte.

Elle dort très mal, s'alimente à peine, ne se lève pas, ne se coiffe pas, ne fait absolument rien. Son aspect est celui d'une grande mélancolique ; ses réponses sont lentes, avec le minimum de mots. Rien ne peut détourner son attention de la certitude atroce de la damnation. Elle se croit incurable et personne ne peut rien pour elle.

Le 30 mai, lendemain de son transfert, on fait à Madeleine son premier électro-choc, renouvelé le lendemain et le surlendemain : la malade est alors transformée.

L'aspect mélancolique du visage a complètement disparu, elle sourit ; elle est légèrement confuse et ne garde aucun souvenir de ses thèmes mélancoliques et fort peu de son délire antérieur.

Les trois derniers chocs sont pratiqués, régulièrement espacés au cours de la semaine suivante et la sismothérapie est arrêtée le 12 juin 1961. Madeleine a reçu six chocs en tout.

Elle sort le 20 juillet. Son état thymique est excellent, elle ne garde toujours aucun souvenir de la période dépressive. Quant au délire paraphrénique, il paraît éteint : Madeleine n'en parle pas, c'est un sujet qui ne l'intéresse pas.

Pendant près d'un an et demi, Madeleine se porte bien, mène une vie normale, travaille

En Septembre 1962, elle reçoit chez elle quelque temps, sa jeune soeur et son neveu, rapatriés d'Algérie. Elle s'est toujours assez mal entendue

avec cette soeur, a toujours pensé que celle-ci la haïssait, la jalousait et lui voulait du mal Lors d'une hospitalisation antérieure, en 1961, elle avait fait porter à sa soeur la responsabilité de la mort de son mari, l'accusant de lui avoir jeté un sort, avec l'aide d'une cartomancienne et d'une photo volée.

Pendant ce séjour, Madeleine se sent anxieuse, fatiguée et est bientôt prise d'une diarrhée extrêmement liquide et tenace, entraînant une déshydratation rapide ; elle perd 12 kg en 10 jours.

Elle est à nouveau hospitalisée, le 3 octobre 1962, en service libre, avec un tableau toujours à peu près superposable à celui des hospitalisations antérieures : il s'agit du même délire mystique, un peu enrichi chaque fois, toujours exprimé sur un mode assez asthénique, avec une variabilité thymique d'un moment à l'autre de la journée, l'euphorie étant l'humeur dominante.

" Son mari et elle ont été désignés par Dieu pour faire triompher le Bien sur la terre. La date de cette victoire lui a été révélée : elle correspond à celle de la résurrection de son mari. Toutes ses révélations sont intuitives, sans hallucination. Madeleine n'est absolument pas confuse ni désorientée. Un examen somatique très soigneux et des examens complémentaires sont pratiqués ; aucune étiologie ne permet d'expliquer les troubles digestifs.

Au cours de l'hospitalisation, la diarrhée s'atténue d'elle-même, puis disparaît. Madeleine est alors mise au Dipipéron (dérivé des butyrophénones, proche de l'halopéridol) , dont elle reçoit 120 mg par jour du 5 au 14 octobre, 200 mg par jour jusqu'au 21 octobre, puis 280 mg par jour jusqu'au 3 novembre, date de sa sortie.

Très rapidement, encore une fois, l'excitation tombe ; Madeleine reprend dans le service une certaine activité, et sort, le 3 novembre, avec un traitement d'entretien de Dipipéron de 200 mg.

Le 22 novembre 1962, soit dix-neuf jours plus tard, elle est à nouveau hospitalisée à la Clinique, avec un état dépressif qui se complète en quelques jours, réalisant à nouveau une mélancolie typique.

Madeleine, elle-même, fait remonter aux tout premiers jours après sa

sortie le début de cette dépression. Elle s'est sentie fatiguée, très rapidement incapable de vaquer aux occupations banales du ménage. Elle s'est alors jugée incapable, incurable.

Prostrée, accablée, le visage et le corps immobiles, le regard anxieux, le front plissé, elle pense et parle avec lenteur, douloureusement, d'une voix monocorde. Seuls ses thèmes dépressifs l'intéressent. Etre hospitalisée la déprime encore plus, car elle se sent coupable de paresse; elle est indigne, puisqu'elle laisse sa fille et sa vieille mère seules, sans ressources. Elle ne peut même plus pleurer. Elle ne dort plus.

Son délire mystique a disparu.

Elle se voûte encore plus et nous livre dans un sanglot : "Je sais bien, hélas, que mon mari ne ressuscitera pas. C'est un mort ordinaire". Elle garde un souvenir très clair de son délire, mais, par contre, ne se souvient absolument pas du premier épisode dépressif, il y a dix-huit mois, et nous dit que jusqu'ici, même guérie, elle avait toujours cru à son délire, qui était au second plan, par moments, mais qui n'avait jamais disparu. Elle nous dit : "J'étais folle, maintenant je suis malade" et ajoute "Je n'ai jamais eu cela, et n'en guérirai jamais".

Elle est alors traitée par antidépresseurs qui s'avèrent sans effet.

Vers la fin novembre, les idées mélancoliques d'incurabilité et d'indignité se sont structurées en un véritable délire : "Le Diable est partout ici. Toutes les malades sont l'esprit de Satan".

Son apragmatisme est total, son anxiété de plus en plus vive ; elle est irrémédiablement damnée.

A la fin de décembre, on est obligé de recourir à nouveau à la sismothérapie : dès le second choc, l'état thymique de Madeleine se rapproche de la normale. Elle est beaucoup moins triste, ne parle plus de damnation, ni d'incurabilité.

Après le troisième choc, l'amélioration est évidente : Madeleine sourit, dort, mange, paraît tirer du plaisir de la satisfaction de ces simples besoins, reprend quelque activité.

Au bout de cinq chocs, elle est un peu confuse, mais se dit heureuse, confiante en l'avenir. J'aime, nous dit-elle, penser à ma fille, ma mère, mon mari. J'étais heureuse avec lui : cela me fait plaisir d'y penser ...

Elle présente une amnésie totale de l'épisode dépressif. Quant au délire primitif, elle a, dit-elle, envie de l'oublier. L'avenir dira, bien sûr, s'il s'agit là d'un simple endormissement

La malade dont nous venons de vous présenter l'histoire, est une paraphrène dont l'histoire pathologique remonte à dix-sept ans. Elle a, pendant ces années, mené une existence normale, en dehors des périodes où le délire était tellement envahissant qu'elle devait être hospitalisée dans un état toujours à peu près superposable de délire aigu avec excitation, variabilité thymique, et note confusionnelle inconstante.

En 1946 et en 1957, elle fut traitée par sismothérapie : les deux fois on obtint une rapide sédation de l'accès aigu, en un mois la première fois, en six semaines la seconde. Il semble à peu près certain que, les deux premières fois la malade soit sortie, avec, comme elle nous le dit elle-même, "son délire à l'arrière-plan" c'est-à-dire maintenu à distance, mais toujours présent.

En 1961, après l'échec relatif au largactil, en 1962 d'emblée, elle est traitée, les conditions initiales étant identiques, par halopéridol * : on obtient alors, également en un laps de temps très bref, plus bref même, une sédation de l'excitation, mais s'installe alors, les deux fois, un état dépressif qui nécessite secondairement, un traitement sismothérapique après échec de l'imipramine.

Notre but étant de comprendre cette action dépressive de l'halopéridol, sur le plan méthodologique, il nous paraît utile dans un premier temps de comparer chez notre malade l'action de ce médicament avec, d'une part la sismothérapie, d'autre part le largactil, essayé d'abord dans l'accès de 1961.

* ou le Dipipéron dont l'effet nous paraît chez elle comparable.

	<u>excitation</u>	<u>délire</u>
sismothérapie	sédation rapide	mise à distance (après un stade confusionnel)
largactil	sédation lente	légère mise à distance
halopéridol	sédation très rapide	disparition brutale, sans aucune confusion.

Si les premiers résultats obtenus par la sismothérapie d'une part, et l'halopéridol d'autre part, apparaissent identiques bien que le temps d'action soit différent, l'action sur le délire est, elle, radicalement différente.

Dans le premier cas, il semble, en effet, que ce soit au sortir de l'état confusionnel post-sismothérapique que le délire se trouve excentré par rapport au champ de conscience ; dans le second cas, avec l'halopéridol il n'y a pas de confusion, il n'y a pas non plus prise de distance progressive par rapport au délire. Bien au contraire, celui-ci est au centre de la personnalité, riche d'une grande résonance affective : de lui partent et convergent tous les affects, tous les désirs, tous les actes. C'est en ces conditions que l'halopéridol supprime brutalement le délire, laissant à la place vide ainsi créée, toute la richesse émotionnelle dont nous avons parlé, si bien qu''au centre du champ de conscience, à la place du délire, on trouve l'absence du délire.

Dans le cas de Madeleine, ce mari qu'elle avait perdu, puis tenté de récupérer sur un mode délirant, lui est une fois de plus arraché, la replongeant dans son deuil initial : on pourrait, dans une optique purement psychogénétique, expliquer ainsi l'état dépressif. Nous reviendrons sur les théories analytiques relatives à la "perte d'objet".

Le cas de Madeleine nous oblige d'ailleurs à dépasser le simple concept de dépression : c'est ici d'une véritable mélancolie qu'il s'agit, et même d'une mélancolie délirante.

Peut-on parler de mutation de structure ? Le tableau est au complet : la tristesse extrême, les idées de culpabilité, de ruine, la pétrification des organes, la damnation certaine : c'est même à un syndrome de Cotard que,

dans son délire, cette mélancolie fait penser.

Il apparaît bien ici que l'halopéridol a transformé une paraphrène en mélancolique. Si on a souvent décrit, dans la littérature, des dépressions chez les paraphrènes, l'apparition d'une mélancolie vraie ne nous en surprend pas moins : il est vrai que la perte brutale d'un délire, et surtout une perte ayant fait l'objet d'une prise de conscience, n'a guère de précédent jusqu'ici dans l'histoire psychopathologique spontanée ou thérapeutique.

. o

o o

TROISIEME OBSERVATION

La troisième observation que nous vous présentons nous fait aborder un nouveau problème ; il ne s'agit plus ici, comme dans le cas de Michel ou de Madeleine, d'une dépression, survenant brutalement, dans les heures ou les premiers jours qui suivent la prise de la drogue. Avec Hélène, nous assistons à la constitution lente et progressive d'un état dépressif évoluant pendant plusieurs mois, jusqu'à une tentative de suicide.

Cet état dépressif est décalé par rapport à la guérison du délire puisqu'il apparaît quelques mois après celle-ci.

Nous retracerons d'abord l'histoire de la vie de la maladie d'Hélène puis nous étudierons plus particulièrement l'histoire de sa dépression.

Hélène est une jeune femme de 43 ans dont le premier épisode psychiatrique se situe en Août 1961, à l'âge de 41 ans, avec alors le diagnostic d'épisode confuso-onirique : en août 62, soit près de deux ans plus tard, elle est

à nouveau hospitalisée, à la suite d'une tentative de suicide et le certificat d'entrée débute par ces mots : maniacodépressive.

Nous allons d'abord retracer la vie de la malade, puis suivre l'évolution de sa maladie, sous traitement.

Hélène est née en 1919, seconde fille d'une famille qui comporte également un fils, de deux ans plus jeune qu'elle. Sa mère est une femme exigeante, peu affective avec sa seconde fille, à laquelle elle préfère l'aînée.

Lorsque Hélène a 8 ans, cette soeur aînée meurt brutalement et, tout de suite, Hélène sent qu'elle aurait dû mourir à la place de sa soeur : sa mère se montre très agressive avec elle ; le père d'Hélène apparaît à travers le récit de sa fille, très affectueux, très tendre, mais aussi très vulnérable : la mort de sa fille aînée décompense cette personnalité fragile ; on doit l'hospitaliser dans un hôpital psychiatrique, pour un délire mystique. Quatre ans plus tard (Hélène a 12 ans) sa mère lui apprend la mort de son père, dans cet hôpital dont il n'était pas sorti. Hélène réagit à cette nouvelle par une inhibition totale, ce qui lui vaut d'être battue et sermonnée avec indignation par sa mère.

Le manteau grenat que portait Hélène ce jour-là réapparaîtra dans l'épisode onirique de 1961.

A partir de ce jour-là, l'enfance d'Hélène devient de plus en plus pénible. Rejetée par sa mère, elle se sent confusément accusée à la fois de la mort de sa soeur et de celle de son père.

Elle fait des études peu brillantes, totalement persuadée de sa médiocrité intellectuelle. Elle quitte donc l'école à 15 ans, sans un C.E.P. qu'elle n'a même pas voulu tenter de passer.

Un an plus tard, à 16 ans, elle est pubère, sans aucune préparation psychologique.

C'est à cette époque également qu'elle commence à travailler chez un couple de gens âgés, comme bonne à tout faire en second, aux ordres de sa-mère également employée dans la même maison. Hélène parle de cette période comme la plus heureuse de sa vie. Ses patrons sont bienveillants avec elle,

la défendant contre sa mère.

Cinq ans plus tard, enceinte de six mois, elle quitte ses patrons pour se marier, sans amour.

Son mari est un homme indifférent, lointain, qui n'étanche pas sa soif affective d'enfant peu aimée. Elle se donne alors avec passion à l'éducation de son enfant.

Son accouchement s'est passé sans difficultés, Hélène a seulement été surprise : les enfants, croyait-elle, naissaient par le nombril

Le caractère d'Hélène, pendant toute cette période du début de son mariage, est sensitif, exclusif : elle est jalouse, sur ses gardes lorsque son mari approche une autre femme, aux aguets concernant tout indice d'une infédlité conjugale. Elle se sent avide d'affection, aux côtés d'un mari distant qui lui fait sentir, pense-t-elle, qu'elle est peu intelligente, sans charme, difficile à vivre, ainsi que sa mère l'a toujours considérée.

En 1949, après douze ans de mariage, alors que son fils déjà grand devient de plus en plus indépendant par rapport à elle, elle doit se faire soigner pour une gonococcie, ayant ainsi la preuve de l'infédlité de son mari.

A partir de ce moment Hélène, profondément blessée, s'éloigne de son mari qu'elle se met à haïr. Elle ne communique volontiers qu'avec des enfants, son fils adolescent et les enfants de son frère, qui lui son souvent confiés.

En 1955, l'équilibre assez instable d'Hélène est menacé encore une fois, son fils étant appelé en Algérie, Hélène est très angoissée. Elle a peur qu'il n'arrive quelque chose à ce fils tant aimé ; supersticieuse, elle est encore une fois aux aguets devant le moindre signe auquel elle donne immédiatement la signification d'un accident arrivé à son fils. Peu à peu, nous la voyons ainsi évoluer vers une pensée interprétante sub-délirante.

Le passage ne se fait, semble-t-il, vers le délire qu'en 1959. Son fils, lors d'un bref passage à Paris, lui confie son chien, auquel Hélène s'attache d'une façon très vive, en prenant soin comme si le sort de son maître, au loin, en dépendait. Hélène mange de moins en moins, se privant pour

nourrir le chien; celui-ci tombe pourtant malade et meurt en février 1961. Hélène est alors anxieuse, elle ne mange plus, ne dort plus, ne travaille plus. Vers le mois de juin 1961, Hélène fait un épisode oniroïde aigu et bref. Elle se lève au milieu de la nuit et prie ; le lendemain matin, elle s'agite s'agite, crie, réclame un prêtre, puis lorsqu'il est là, reste mutique. Elle est alors hospitalisée à Tenon quelques jours ; elle en ressort moins excitée mais son délire est de plus en plus envahissant. Elle croit voir son fils dans la rue, s'adresse aux passants qui lui ressemblent, voit des accidents partout. La nuit, elle se sauve, se réfugie dans les églises, distribue son argent aux pauvres, va attendre son fils dans toutes les gares de Paris. Elle refuse de voir son entourage, ne sort pas, ne mange plus.

Le 24 août, elle emballe toutes les affaires de son fils, et veut sortir. Sa mère et sa belle-soeur la retiennent, l'enferment dans une pièce dont elle casse les vitres, se blessant les deux poings. Elle est alors hospitalisée à Cochin. Deux jours plus tard elle est admise à Sainte-Anne avec le certificat suivant :

" Episode confuso-onirique dont la malade émerge à peine, avec très forte excitation psycho-motrice, agitation, agressivité, et auto-agressivité, nombreuses echymoses, nombreuses blessures à la main droite (aurait cassé un carreau) confusion mentale avec amnésie portant sur les dernières 48 heures, onirisme avec réaction de terreur.

Deshydratation importante - Amélioration partielle du syndrome sous l'effet des neuroleptiques".

En effet à l'entrée, Hélène est en plein état d'agitation, avec confusion et onirisme terrifiant : des cobras l'enserrent, l'étouffent ; violente, grossière, Hélène est dans un état somatique impressionnant, ayant maigri de 20 kg en moins de trois mois.

Elle est alors traitée par 3 mg de tripéridol I.M. par jour : l'agitation régresse, l'onirisme disparaît mais apparaît un syndrome neuroleptique si intense qu'au bout de quatorze jours, on arrête le tripéridol qu'on reprend trois jours plus tard, à la dose de 8 gouttes par jour.

Lorsque plus tard on interroge la malade sur cet épisode, on se trouve

en présence d'une amnésie presque totale. Elle se souvient seulement qu'elle voyait des serpents à ses pieds, et un serpent cobra dans ses bras, et que ces serpents s'enroulaient autour de son corps. Elle les entendait siffler, percevait des odeurs bizarres. Les souvenirs couvrant la période d'octobre 1959 à son internement sont flous. Il est très difficile de lui faire préciser les modalités de "sa crise mystique" de juin 1961. Elle avait, dit-elle, l'impression d'être commandée par Dieu ou par une force qui l'empêchait de parler.

Quinze jours plus tard :

- elle se dit chargée d'électricité, trouve l'ambiance drôle.

- les mouvements, les bruits ont une signification, ça lui fait de drôles de pensées. Un craquement, dit-elle, lui indique qu'elle doit dire quelque chose, ou ne rien dire. Ainsi elle entend un bruit de talon sur le plancher et dit "voyez, ça signifie que je dis la vérité". Puis, à une nouvelle question, elle entend à nouveau un bruit (en fait inexistant) "cela veut dire, dit-elle- tu mens".

Avant d'être hospitalisée dans le service, se souvient d'avoir quitté son domicile une nuit et d'avoir rencontré un Anglais. J'ai cru être encore vierge et j'avais l'impression qu'il me libérerait ... Que j'étais hantée, j'avais de drôles de choses qui se passaient en moi.

- on m'influence, dit-elle, à m'asseoir d'une façon ou d'une autre.

- A peur quand elle "pense au mal" à faire du mal à quelqu'un.

- Une personne passant derrière elle l'influence.

- Elle a l'impression de ressentir ce que les gens ressentent.

"J'aimerais avoir votre intelligence, et bien je ne veux pas le dire parce que je ne veux pas vous la prendre".

- A l'impression que, par les bruits, il y a transmission de pensée .

"Tout le monde est atomisé, c'est-à-dire que tout le monde doit faire la même chose. Vous mettez votre main à votre menton, je fais de même".

" Je demande qu'il fasse chaud, et alors je pense que j'ai une influence Cette nuit, j'ai pleuré et il a plu, et quelqu'un a essayé de m'influencer en mal".

- Elle a l'impression d'être surveillée en permanence.

Dimanche, lors de sa permission, un monsieur est entré dans le café où elle se trouvait, pour la surveiller.

Cette nuit je n'ai pas dormi, mais maintenant je ne dors pas, c'est que je suis protégée.

Je n'aime pas le grenat, parce qu'à la mort de mon père j'avais un manteau grenat.

Je n'ai pas dormi parce que le couvre-pieds est grenat.

On note donc à cette période des troubles mnésiques, une fuite des idées, des troubles du cours de la pensée, des préoccupations sexuelles délirantes, et des idées de persécution.

Insistons également sur une grande mobilité physique, passant de l'euphorie à la tristesse.

Début octobre, devant la persistance de l'activité interprétante délirante, on met à nouveau Hélène au tripéridol injectable, à la dose de 2,5 mg quotidiens.

Peu à peu l'anxiété et l'activité intense du délire s'estompent, seules les permissions ravivent l'angoisse.

Il n'est pas question de parler ici de perte brutale du délire, puisqu'au contraire celui-ci ne perd que très lentement son acuité, Hélène prenant par rapport à lui une distance de plus en plus grande. Jamais Hélène ne critique son délire, elle refuse même d'en parler, il lui rappelle "d'horribles souvenirs".

En janvier, il semble pourtant qu'on puisse considérer le délire comme complètement disparu ; Hélène prend 30 gouttes d'halopéridol quotidiennes depuis fin octobre ; le 15 mars elle rentre définitivement chez elle.

A ce moment, Hélène se sent coupable et honteuse de sa maladie, elle est moins gaie qu'autrefois et elle a du mal à se concentrer sur son travail ménager.

Ces symptômes, dès la fin février, avaient fait adjoindre au traitement d'Hélène 25 puis 50 puis 75 mg. de Tofranil ; Hélène dort bien, il n'y a plus de conflit ouvert avec son mari.

Dans les mois qui suivent, Hélène, suivie régulièrement en post-cure, va bien et ne se plaint que d'une lenteur dans son travail. En août, elle est tellement améliorée qu'on supprime le Tofranil ; elle ne prend plus que 15 gouttes de Tripéridol par jour.

En novembre 1962, la note dépressive réapparaît et s'accroît rapidement. Hélène ne fait plus rien chez elle, s'en sent vivement coupable et parle de dégoût global de la vie. Le tripéridol est baissé à 10 gouttes, on y adjoint Nozinan et Marplan.

Cependant l'anxiété croît, les sentiments d'indignité, de culpabilité également. Les journées s'écoulent en ruminations concernant son épisode délirant, l'incompréhension de son mari à son égard, le vécu douloureux de son apragmatisme croissant. Elle ne dort plus que 2 à 3 heures par nuit. Le Tofranil, augmenté jusqu'à 60 mg par jour, et la diminution à 7 gouttes du tripéridol n'amènent pas d'amélioration.

Pendant le mois de février 1963, Hélène est de plus en plus tendue, fermée à tout contact, hostile à tout changement de traitement. Contre avis médical, elle continue à prendre du tripéridol, refuse tofranil et largactil. Constamment, dans son vécu dépressif, domine l'impression d'être changée, de n'avoir plus le même caractère qu'avant sa maladie, d'avoir perdu tout goût, tout attrait pour la vie ; nous reviendrons plus loin sur cet aspect de la dépression d'Hélène.

Elle vient pour la dernière fois en consultation de post-cure le 21 mars, et refuse l'hospitalisation.

Le 20 avril, à la suite d'une journée où elle s'est sentie fatiguée par plusieurs visites familiales, d'autant que depuis 15 jours, elle ne dort plus, Hélène avale d'assez fortes doses de largactil et Nembutal et d'Eunoc-tal ; c'est dans un coma profond qu'on doit la transporter au centre de réanimation Fernand Vidal.

Nous ne parlerons pas de ce séjour dont nous savons peu de choses, sinon qu'Hélène s'y réveilla dans un état semi-confusionnel, et que, pendant les premiers jours, elle y fut agitée et acharnée à se supprimer par tous les moyens qu'elle pouvait employer : électrocution, veines coupées, etc...

Cet état d'excitation fut à nouveau traité par une butyréphénone, l'halopéridol cette fois-ci, et c'est avec 15 gouttes d'halopéridol par jour que nous avons revu, au début du mois de mai, Halène, hospitalisée dans le service psychiatrique de son secteur.

Il nous paraît très intéressant de comparer l'état actuel d'Hélène qui est un état dépressif, à l'état qu'elle a présenté pendant plusieurs mois avant sa tentative de suicide.

Si dans les deux cas on peut parler de dépression, les deux tableaux sont pourtant bien différents, l'Hélène actuelle est hyperthimique, syntone, souriant lorsqu'on entre dans le bureau, pleurant lorsqu'on évoque les faits de ces derniers mois.

La relation avec l'interlocuteur est vivante, mobile, dense, affective. Hélène se sent fatiguée, peu active, triste : elle se sent coupable, insiste sur sa médiocrité intellectuelle, son manque de volonté, mais sa conversation reste vivante, Hélène a peur de l'avenir, mais elle l'envisage ; elle a peur de ne pas sortir rapidement, donc elle espère sortir.

Reprenant maintenant l'étude de l'état qui a précédé la tentative de suicide d'Hélène, nous allons :

- 1°/ le décrire, l'opposant à la dépression actuelle et recherchant les raisons qui peuvent expliquer une telle dissemblance,
- 2°/ le situer par rapport au délire d'Hélène,
- 3°/ rechercher dans la biographie de notre malade tout ce qui prépare le délire, mais aussi tout ce qui la prédispose à la dépression.

L'état dépressif d'Hélène, insidieux, progressif, fut un état dépressif à froid. Hélène ne pleurait jamais ni ne se lamentait. Son désespoir était étale, sans à coups. Les journées monotones étaient toutes semblables, également vides.

Régulière aux consultations de post-cure, elle venait, triste, frileusement immobile, répétant inlassablement, d'une voix sans chaleur, que la vie

n'avait plus d'intérêt pour elle , qu'elle avait changé depuis sa maladie, qu'elle était devenue morne, indifférente, que rien ne l'attirait plus dans la vie. La rancœur qu'elle avait contre son mari avait fait place à une morne indifférence, à un désir de solitude, de repli. Cette dépression paraissait sans limite dans le temps, sans mouvement.

Si, devant le contenu dépressif de ce vécu, on est obligé de parler d'hyperthymie, la gangue d'indifférence, d'éloignement, l'absence de contact, de mobilité par rapport à l'ambiance évoquent une hypothyrie, une "perte de la possibilité de se réjouir et de souffrir", comme Hélène elle-même nous le dit un jour.

Et le drame de cet état était bien, pour le thérapeute, l'absence de prise, l'absence d'appel, fut-ce sur le mode agressif.

Cette dépression dont nous venons de décrire les caractères, s'était constituée peu à peu, à bas bruit, pendant que le délire s'estompait, qu'Hélène prenait une certaine distance par rapport à lui.

Ce que nous savons de l'histoire de la maladie d'Hélène nous autorise à penser qu', au moins depuis six ans, le monde de notre malade était un monde délirant, envahi de signification, souvent hostile ou effrayant , mais riche de possibilités , mouvant.

Nous reviendrons plus tard sur ce que nous pouvons penser de ce délire, et ici notre objet est seulement d'imaginer comme, pour Hélène appauvrie de son délire, la réalité dut paraître ingrate.

Lorsque nous avons parlé de la jeunesse d'Hélène, nous avons insisté sur les deux épisodes, liés aux dires de la mère, de la mort de la soeur et du père : coupable de n'être pas morte, coupable d'avoir presque été celle à cause de qui son père était mort.

Hélène avait toujours gardé un grand sentiment de tendresse pour ce père. L'infidélité de son mari, puis plus tard la mort du chien de son fils, attaquent l'équilibre précaire d'Hélène, chez qui tout un passé de sensibilité annonce la projection, le vécu persécutoire bientôt délirant.

Cependant, sous le délire persiste un deuil mal liquidé, le deuil du père. C'est un souvenir douloureux que la malade évoque d'habitude rarement

et sans émotion vive. Il n'en est que plus remarquable de noter que lors de sa dépression, notre malade a eu le plus grand mal à parler de son père, qu'elle le fit avec une violence d'affects inhabituelle et qu'elle nous confia que, depuis sa maladie, elle pensait beaucoup plus à son père et toujours sur un mode très actuel, comme s'il s'agissait d'un deuil tout récent.

L'état dépressif nous apparaît alors comme complexe :
nous y retrouverons :

- une infrastructure : la passivité due aux neuroleptiques donne à cet état dépressif son aspect "à froid",
- l'actualité de l'échange d'un monde délirant contre une réalité sans attrait
- le deuil, essentiel dans la biographie d'Hélène, toujours prêt à se raviver, point d'appel à la dépression.

o
o o

Nous avons présenté les observations de Michel, de Madeleine et d'Hélène avec, dans chaque cas, l'aspect particulier pris par la dépression.

A cette occasion nous avons fait allusion aux divers mécanismes que l'on peut mettre en cause : il est nécessaire maintenant de reprendre les principales théories auxquelles ces mécanismes se réfèrent.

Un précédent : la réserpine

Lorsque la réserpine a été utilisée, en tant qu'hypotenseur de nombreux auteurs ont constaté, comme effet secondaire parasite, l'apparition parfois de véritables syndromes mélancoliques, plus souvent de réactions dépressives, avec insomnie, et même idées de suicide.

L'étude de ces cas montrait une disposition préalable particulière : il s'agissait toujours, ou bien de sujets ayant déjà fait une dépression, ou bien de névrosés chez lesquels on pouvait, à priori, prévoir une probabilité de troubles mentaux supérieure à la moyenne. La drogue, dans ces cas, n'aurait été que facteur précipitant une décompensation de l'équilibre thymique.

Donnée ensuite chez les malades mentaux la réserpine s'est révélée posséder les qualités du neuroleptique définies par Jean Delay et Coll.

Son effet dépresseur, toujours mentionné, n'a pourtant pas trouvé la même audience auprès de tous les auteurs, certains en faisant un incident très contingent, d'autres insistant sur sa fréquence et limitant alors les indications.

En fait, l'action dépressive de la réserpine est apparue, en expérimentation animale, chez le rat, tellement constante et importante, qu'elle sert

actuellement de base aux recherches et aux étalonnages concernant les anti-dépresseurs.

- la régulation thymique diencephalo-corticale.

Jean Delay a montré, dans son ouvrage "les dérèglements de l'humeur" (4) l'importance des très riches connexions cortico-basilaires dans la régulation thymique. Suivant les conceptions jacksonniennes de plusieurs niveaux d'intégration successifs, les dérèglements de l'humeur répondent à une perturbation en un point quelconque des circuits "animateurs" ou "inhibiteurs", le cortex jouant, normalement, un rôle de frein vis-à-vis du diencephale.

Nous ne reprendrons pas ici en détail le faisceau d'arguments qui montre le rôle de la base du cerveau dans la vie psychique.

- en clinique, les syndromes que Jean Delay appelle hyperthymiques (manie et mélancolie avant tout) s'accompagnent toujours d'atteintes fonctionnelles dans les sphères de la faim, de la soif, du sommeil ... Ces fonctions, on le sait, sont réglées par des circuits dans lesquels le diencephale joue un rôle primordial. Notons pour mémoire les innombrables travaux réalisés à propos de l'encéphalite léthargique.

- l'expérimentation animale qui déclenche de véritables états de fureur soit par lésions hypothalamiques soit par décérébrations.

- la thérapeutique

Le tropisme diencephalique des neuroleptiques est actuellement reconnu par beaucoup d'auteurs. Jean Delay avait précédemment montré comme les thérapeutiques de choc, tant insulinique qu'électrique, agissent électivement à ce même niveau. Peut-être, parmi les neuroleptiques, faut-il considérer que l'halopéridol, comme la résérpine, ait, plus que d'autres, une polarité diencephalique.

Il sera intéressant, lorsque les applications de l'halopéridol, en dehors de la psychiatrie, seront plus nombreuses, d'étudier la présence

d'éventuels incidents dépressifs.

D'une façon curieuse et paradoxale, une administration d'halopéridol à des sujets normaux (9) a montré une plus haute estimation de soi et une meilleure réussite psychométrique dans le cas d'absorption de la drogue, que dans celui d'ingestion d'un placebo.

Peut-être ne faut-il voir là que l'effet de doses et de durées de traitement totalement différentes de ce qui fait notre expérience, ainsi que l'aspect radicalement différent du "vécu" du sujet soumis aux deux prescriptions : d'une part le délirant absorbant une drogue, don d'un médecin ; d'autre part un sujet normal se prêtant à une expérience dans laquelle il n'est que superficiellement impliqué .

L'Halopéridol : originalité de son action :

Depuis le début de "l'ère neuroleptique", la découverte de drogues de plus en plus actives, appartenant à des séries chimiques différentes a permis, par une expérimentation de plus en plus sélective, de préciser les indications de chaque substance et de décrire de façon très précise les effets de chaque corps.

Notre volonté de circonscrire très précisément notre problème nous oblige à passer volontairement sous silence certains aspects essentiels de l'action des neuroleptiques.

Nous citons pourtant , pour mémoire, la définition des neuroleptiques donnée par J. Delay et P. Deniker (5), à travers leurs actions principales :

- 1° - création d'un état d'indifférence psycho-motrice très spécial,
- 2° - efficacité vis-à-vis des excitations et agitations les plus violentes,
- 3° - réduction progressive des troubles psychotiques aigus et chroniques,
- 4° - production de syndromes d'encéphaliques et extra-pyramidaux,
- 5° - en général d'effets sous corticaux qui semblent primordiaux.

Dans sa thèse, C. CONTE a montré l'importance des phénomènes psychomoteurs dans les traitements neuroleptiques, et il en a souligné la valeur de médiat dans la relation psycho-thérapeutique.

Nous ne reprendrons pas ces travaux ; nous y joindrons pourtant, concernant les butyrophénones quelques remarques :

- l'indifférence psycho-motrice nous paraît un symptôme très inconstant et d'installation peu rapide - nous y reviendrons.
- les effets extrapyramidaux plus fréquents, ne sont pas d'apparition immédiate.
- A l'opposé, l'efficacité vis-à-vis des excitations et agitations est d'une rapidité inusitée avec d'autres neuroleptiques
- Quant à la réduction des troubles psychotiques, elle est, avec cette série de drogues, spectaculaire, pouvant, nous l'avons vu, abraser en quelques heures un délire installé depuis plusieurs années.

Cette fréquente dissociation, dans le temps, des effets neuro-végétatifs des effets proprement psychiques nous a paru notable et n'est probablement pas étrangère à la seconde de nos remarques :

Si, bien souvent, le largactil provoque cet état d'indifférence psychomotrice, dont parle Jean Delay, avec rareté des échanges tant agis que verbaux, coloration neutre de l'humeur, état bien peu propice à l'amorce d'une relation psychothérapique, l'action des butyrophénones est si différente que l'on est tenté ici de les opposer point par point.

Vigile, le malade l'est ici au maximum, anxieux lors des éventuelles manifestations psycho-motrices critiques (crises dites hystéroïdes). Son humeur, en début de cure, est toujours labile, hyperthymique de toute façon. Présent à l'ambiance, il semble investir au plus haut degré la relation avec le thérapeute. Le médecin est celui qui a donné le médicament, qui est, avec et au moyen de la drogue, cause du bouleversement vécu par le malade.

Rapidité de l'action antihallucinatoire de l'halopéridol

A propos de Michel, nous avons souligné cette rapidité ; dans le cas de Madeleine, qui n'est pas hallucinée, la désintégration du délire est plus lente à obtenir.

Mais, dans les deux cas, ce qui nous apparaît nettement est la localisation du délire dans le champ de conscience du malade. Au milieu de ce champ de conscience, alors que le délire est présent dans toute son épaisseur, l'action thérapeutique le détruit, non en déplaçant l'intérêt du malade non en abaissant, fut-ce momentanément son niveau de vigilance ou son action intellectuelle : le délire est détruit sur place, et le malade, étonné, délivré et déçu, constate ce vide.

Le moment nous paraît venu de résumer brièvement les concepts de perte d'objet à travers l'oeuvre de Freud, Abraham et M. Klein.

Dépression et perte d'objet délirant -

L'enfant nouveau-né qui a faim hallucine sa mère absente.

Michel, avide d'affection, toujours rejeté, hallucine Dieu.

Madeleine, dépendante de son mari, nie sa perte et le récupère sur le mode délirant.

Michel et Madeleine, ont donc une relation valorisante, protectrice, très archaïque, mais précise, comme l'est la relation maternelle pour l'enfant.

Brutalement nos deux malades, sans avoir le temps de réorganiser leurs défenses, se trouvent privés de l'être tout-puissant avec qui ils se trouvaient dans un état de communication presque symbiotique ; suivant les conceptions psychanalytiques, ils sont dans les conditions parfaites pour réaliser un deuil pathologique, une mélancolie.

Hélène, qui n'a pas vraiment structuré un délire, semblait dans un état confusionnel, avec une déstructuration de la conscience, selon les théories de H. Ey , telle qu'elle lui permettait enfin de fuir son deuil ; retrouvant la réalité, elle ne peut que le retrouver.

Paraphrénie et dépression -

Si l'halopéridol peut avoir, comme la réserpine, une action dépressive, même chez les schizophrènes, c'est essentiellement chez les paraphrènes que celle-ci est fréquente et importante.

Nous retrouvons ici l'extrême labilité d'humeur de ces malades, présentant spontanément des à-coups dépressifs ou des moments d'euphorie : cet équilibre précaire, cette tendance hyperthymique sont un point d'appel pour la dépression.

En d'autres termes, la régulation diencéphalo-corticale, qui ne suffit déjà pas à faire régner une humeur égale sans intervention extérieure, ne peut venir à bout de la perturbation due au neuroleptique.

Tout au contraire, les délirants paranoïdes, chez lesquels l'halopéridol donne des résultats très remarquables, ne présentent qu'exceptionnellement des phénomènes dépressifs ; encore ceux-ci n'atteignent-ils jamais l'ampleur d'un état mélancolique.

C O N C L U S I O N S

Nous avons centré notre travail sur les dépressions survenant au cours de traitement par l'halopéridol ou des corps voisins, butyrophénoniques, chez des délirants chroniques.

Ces dépressions sont contingentes et variables dans leur intensité , et dans leur type clinique. Elles présentent pourtant, si on en rapproche des perturbations mineures, une fréquence suffisante pour qu'une forte corrélation soit établie avec le traitement.

Nous avons choisi, dans le matériel dont nous disposions, trois cas qui nous ont paru exemplaires, chacun des trois nous a semblé éclairer d'un jour singulier les faits cliniques.

Nous avons rapproché et différencié ceux-ci des effets dépressifs bien connus des dérivés résérpiniques de l'état post-sismothérapique et du syndrome de passivité neuroleptique.

Deux de ces observations nous ont permis d'étudier un syndrome dépressif d'apparition brutale.

Au cours de la troisième, nous avons suivi les progrès ténus mais constants d'un état dépressif prolongé, aboutissant à une tentative de suicide.

Dans les trois cas, nous avons retrouvé le schéma d'action habituel des neuroleptiques, c'est-à-dire la réduction symptomatique, mais nous retenons déjà, à l'actif des butyrophénones :

- la très grande rapidité d'action, en quelques heures,
- une action plus profonde,

- une vigilance inchangée sinon accrue, permettant une critique du bouleversement vécu lors du traitement, qu'aucune autre drogue ne provoque.

La synthèse intellectuelle n'est en rien diminuée, la verbalisation, les possibilités d'échange sont normales sinon accrues .

Le délire, en effet, après une phase de doute anxieux, de critique en plein centre du champ de conscience, est supprimé sur un mode brutal, laissant en pleine lumière le négatif de son empreinte dans la personnalité.

De façon contemporaine à cette action, parfois la précédant même, parfois lui succédant, la phase dépressive survient ; elle va de la dépression simple à la mélancolie délirante, est parfois spontanément et rapidement résolutive, nécessite dans d'autres cas une thérapeutique par thymoléptique, voire une sismothérapie.

Son mode d'apparition peut être brutal, explosif, ou au contraire insidieux, progressif, dans tous les cas la référence à un mécanisme d'action sur les structures diencéphaliques s'avère incontestable.

Nous avons insisté sur le versant relationnel d'une telle thérapeutique, donnée par un médecin, dans un monde dont la réalité se modifie au cours du traitement, mais où le thérapeute, qui fait le don du médicament, a une place privilégiée. C'est à travers la réassurance d'une relation positive avec le médecin, que le malade, amputé de son délire, peut réapprendre un mode de contact avec le réel, qu'il avait perdu.

Cette relation nous paraît nécessaire pour franchir le stade dépressif, quelle que soit la thérapeutique associée.

Il nous a paru, quelle que soit la hardiesse d'une comparaison que la nosographie n'autorise en rien qu'un délirant chronique, à cette phase de "convalescence" était aussi perdu, aussi dépendant du thérapeute que le toxicomane en fin de sevrage

Dans une optique psychanalytique, nous avons cité les théories qui lient la dépression à la perte du délire par le truchement de la perte d'objet .

Nous nous sommes arrêtés aussi à l'hypothèse d'une "déception" : celle du malade arraché au délire pour une réalité peu supportable objectivement ou subjectivement.

L'exemple en est simplement la conscience d'un état morbide grave : tel le cas de cette jeune schizophrène, soudain très améliorée, qui s'est suicidée, laissant pour message, l'horreur d'une prise de conscience.

Sur le plan théorique, ce qui nous est apparu comme au plus haut point intéressant, est l'hétérogénéité des causes auxquelles on peut rattacher ces états dépressifs, causes parfois interchangeable ou complémentaires ; ainsi chez l'un de nos malades, le substrat thymique a pu être meublé, rempli ; à l'inverse l'évolution de son délire parut la condition, quelque temps plus tard, de la modification de l'humeur.

Au terme de ce travail au champ limité et qui n'avait pour autre but qu'une réflexion liminaire au problème de la psychopathologie des effets des neuroleptiques, nous aimerions terminer sur la nécessité d'une psychothérapie d'autant plus vigilante et active que la thérapeutique pharmacologique apporte de nouveaux dérivés plus rapides et plus puissants.

La relation avec le thérapeute appraît alors comme le champ dans lequel l'aménagement du psychotique avec la réalité peut se restructurer.

Vu, le Président de Thèse
Professeur DELAY

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- 1) Boissier JR, Pagny J.R., Mouillé P. et Forest J.
Quelques actions pharmacologiques du halopéridol R 16 25 -
Symposium international sur le halopéridol pp. 39-53 -
Acta Medica Belgica - Bruxelles , 1960.
- 2) Conté C.
Contributions à l'analyse du processus thérapeutique réalisé
par les neuroleptiques dans les psychoses délirantes.
Thèse, Paris 1962;
- 3) Delay J., Pichot P., Lemperière T., Elissalde B.
L'action du halopéridol dans les psychoses.
Symposium international sur le halopéridol p.p. 21-38
Acta Medica Belgica - Bruxelles , 1960
- 4) Delay J.
Les dérèglements de l'humeur.
P.U.F., 1961
- 5) Delay J. Deniker P.
Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie.
Masson 1961 p.p. 214-215.
- 6) Delay J., Pichot P., Lemperière T., Elissalde B.
Halopéridol et chimiothérapie des psychoses.
Presse Médicale 1961 - 68 - p.p. 1353.
- 7) Delay J. Pichot P. Lemperière T. Elissalde B. et Peigné F.
Un neuroleptique majeur non-phénothiazinique et non-résérpinique
l'halopéridol, dans le traitement des psychoses.
A.M.P. 1960 - p.p. 118-145.
- 8) Delay J., Deniker P., Tardieu Y. et Lemperière T.
Premiers essais en thérapeutique psychiatrique de la résérpine,
alcaloïde nouveau de la Rauwolfia Serpentina.
LIIme Congrès Al. Neurol. LF. Liège 1954.
- 9) Eiff A.W. et Jesdinsky H.J.
Etude Clinico-pharmacologique du halopéridol chez des personnes
normales,
Symposium international sur le halopéridol - p.p. 63-69 -
Acta Medica Belgica - Bruxelles , 1960.

- 10) Freis E.D.
Mental depression in hypertensive patients treated for long
periods with large doses of Reserpine.
New England Journal of Medecine - vol. 251 N1 25, 1006 - Déc.54
- 11) Green A.
Chimiothérapies et Psychothérapies.
Encéphale n° 1 - 1961 - p.p. 29
- 12) Leiritz M., Capron H. et Timsit M.
Sur cinquante malades traités par le R. 1625
A.M.P. N1 3 - Mars 1961
- 13) Nick J.
Dépressions mélancoliques secondaires à l'usage thérapeutique
du Rauwolfia Serpentina chez les hypertendus.
Bulletin Men. Soc. Med. Hôp. Paris 7 - N1 23-24 - p.p. 884
- 14) Sigwald J.
A propos des neuroleptiques
La semaine des Hôpitaux. p.p. 51 et 52, du 10 au 14.8.1954.
-

BIBLIOGRAPHIE ANNEXE

Jacobs R.

Acta Neurol. Psychiatr. Belg., 60 : 560, 1960

Jaeggi R., Amati/Sas, da Silva

Medecine et hygiène (sous presse)

Janssen. P.A.J. a.o.

J. Med. Pharm. Chem., 1 : 281, 1959.

Janssen P.A.J. a.o. Arzneimittel - Forsch., 9 : 765, 1959

Janssen P.A.J. a.o. Arzneimittel - Forsch. : 10 : 955, 1960

Janssen P.A.J. a.o.

Psychopharmacologia, 1 : 389, 1960

Kristjansen, p.

Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue Française.
LVIII^e Session, Tours, 8 - 13 juin 1959.

Kristjansen, Palle and Hansen, Gustav :

Nordisk Medicin, 23 : 815, 1961.

Niemegeers C.J.E., Janssen P.A.J. :

Journal of Pharmacy and Pharmacology 12 : 744 , 1960

Oles M.

Medizinische Monatsschrift , 14 : 452, 1960

Paquay J., Arnould F., Burton P.

Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française,
LVII Session, juin 1960.

Schwartz H., Junemann H.J. et Kruger H.J. :

Die Medizinische Welt n° 27 - 1438/1443 - 1961.
